FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

Georges CARDOT

Ancien externe des Hôpitaux
et de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

COLPOTOMIE

Dans le traitement

De la Péritonite généralisée d'origine puerpuérale

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, *professeur*

Juges MM. POZZI, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*
DEMELIN, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
HENRI JOUVE, Editeur
15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	**M. LANDOUZY**
PROFESSEURS	**MM.**
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FILS PIERRE

A MA FEMME

A MA TANTE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE Pr A. RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de l'Hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ACHARD

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR HUMBERT

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGET

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR AUVARD

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR TISSIER

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DANLOS

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Accoucheur des Hôpitaux

Professeur agrégé

Qui, après nous avoir enseigné l'obstétrique, nous a guidé dans ce modeste travail.

De la Colpotomie

DANS LE TRAITEMENT

De la péritonite généralisée d'origine puerpérale

INTRODUCTION

L'infection puerpérale, si fréquente autrefois et dont l'issue était alors presque toujours fatale, ne se rencontre plus que rarement dans nos services hospitaliers. Nous ne connaissons plus ces épidémies dont parlèrent nos devanciers, épidémies, qui fauchaient une salle entière d'accouchées, lorsqu'un cas s'y était déclaré, sans que l'art, la science et le dévouement des médecins d'alors pussent enrayer les progrès du mal.

Aujourd'hui, nous nous attachons moins à traiter l'infection puerpérale qu'à la prévenir et nos accouchements pratiqués selon les règles de l'asepsie et de l'antisepsie nous donnent bien rarement l'émotion de voir la courbe de température s'élever d'une façon

inquiétante dans les jours qui suivent la délivrance.

Cependant il est un certain nombre de cas où la septicémie puerpérale apparaît encore : ce sont ces accouchements opérés sans aucune précaution dans des milieux infects ou infectés, ce sont surtout les avortements, particulièrement les avortements provoqués et qui les dénombrera jamais ?...

Ceci pour dire que l'infection puerpérale existe toujours et qu'il y a toujours lieu de l'étudier et de rechercher les moyens les plus efficaces pour la combattre lorsque nous nous trouvons en face d'une de ses manifestations.

La septicémie puerpérale se présente à nous sous différentes formes cliniques selon que l'infection s'est propagée plus ou moins loin de son point d'origine ou que ses agents se sont montrés plus ou moins violents ; et il y a loin de la métrite puerpérale, qu'une injection intra-utérine ou un curettage peuvent juguler, à la pyohémie entraînant rapidement la mort en passant par toutes les formes de périmétrite, péritonite, infection diphtéroïde ou purulente.

De toutes ces formes, celle qui nous paraît la plus intéressante à étudier est la péritonite. En effet, contre la métrite puerpérale nous sommes relativement bien armés : nous nous trouvons à la tête d'une thérapeutique active (irrigations, écouvillonnages, curettages, cautérisations) qui nous permet d'obtenir des résultats satisfaisants. Contre les formes graves d'infection purulente ou de pyohémie nos moyens thérapeutiques réussissent rarement et nous voyons

trop souvent ces formes graves évoluer malgré nos efforts vers leur terminaison fatale. Quant à la péritonite elle constitue par elle-même une réaction de l'organisme qui veut se défendre, et en favorisant ce travail de défense par les moyens appropriés nous aurons à enregistrer des succès fréquents et consolateurs.

Nous n'avons pas la prétention dans ce modeste travail de citer tous les traitements employés ; nous laisserons volontairement de côté ceux qui ne pourraient pas toujours être mis en œuvre.

Le praticien de campagne appelé près d'une infectée dans une habitation isolée pourrait-il pratiquer seul d'urgence une laparotomie ? Lui sera-t-il possible d'installer un système d'irrigation continue ?...

Mais il pourra toujours pratiquer sans aide, et avec une instrumentation restreinte, la *colpotomie*, car c'est de ce mode de traitement que nous voulons parler ici.

De même dans nos services hospitaliers bien des fois le chirurgien pourra hésiter à faire subir le shock d'une laparotomie ou d'une hystérectomie vaginale à ces femmes arrivées à un état de dépression si accentué que le moindre traumatisme paraît devoir leur être fatal. Là encore la colpotomie trouve son indication : elle pourra être pratiquée au bout de quelques instants même sans anesthésie, elle ne risque pas d'aggraver l'état de la patiente tant est minime le traumatisme qu'elle occasionne et, même

alors qu'elle serait infructueuse, elle donne la certitude de n'avoir pas aggravé l'état de la malade par une intervention téméraire.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La colpotomie aurait été déjà connue de Paul d'Egine au dire de Tilt ; on la trouve citée dans le *Traité d'Accouchement* de Guillemeau qui remonte à 1643. D'autres auteurs (Sabatier) attribuent à Callisen (1788) l'idée de la taille vaginale et Macarn la pratiquait vers la même date.

Du reste, à cette époque l'instrumentation gynécologique était déjà suffisamment développée ; on possédait depuis longtemps le spéculum et lorsqu'en examinant les culs-de-sac on voyait les signes rougeur et tumeur, lorsque le toucher révélait l'existence des symptômes chaleur et douleur ; il dut paraître rationnel à ces éminents cliniciens de ponctionner l'abcès là où il tendait à se faire jour : *Ubi pus ibi evacua.*

Il faut arriver à Récamier pour voir employer systématiquement la colpotomie comme moyen d'évacuation des collections siégeant dans le cul-de-sac de Douglas. C'est sous son inspiration que Bourdon publiait en 1841, dans la *Revue médicale* un mémoire où cette méthode était préconisée comme voie d'accès dans le péritoine.

Pour pratiquer la colpotomie, Récamier employait un instrument spécial qu'il avait inventé et fait construire. Cet instrument consistait en un bistouri à long manche dont la pointe et le tranchant étaient masqués par une lame d'argent qui débordait et les recouvrait pendant l'introduction de l'instrument dans les voies génitales ; introduction qui se faisait l'index gauche servant de guide. La pointe arrivée au contact de la tumeur, un système de glissière analogue à celui des aiguilles de Reverdin permettait de libérer la pointe de sa gaine protectrice et de ponctionner la tumeur en limitant la course du tranchant ; l'instrument rendu de nouveau inoffensif était dégagé, puis la petite incision agrandie à l'aide du bistouri boutonné de façon à permettre une évacuation suffisante.

L'instrument de Demarquay (1850) est basé sur le même principe d'une lame tantôt protégée, tantôt découverte selon la volonté de l'opérateur ; il comporte, en outre, une canule dont une extrémité se trouve béante lorsque la pointe du bistouri pénètre dans la cavité, cependant que l'autre extrémité munie d'un robinet permet l'écoulement de la collection.

A cette époque quelques gynécologues peu soucieux d'une instrumentation compliquée utilisaient un simple bistouri entouré d'une bandelette de diachylon ne découvrant du tranchant que la portion qu'ils voulaient utiliser.

Mais l'incision du cul-de-sac postérieur n'était pas

le seul procédé en usage et nombre d'opérateurs lui préféraient la ponction. Chassagnac employait un trocart de son invention qui eut son heure de célébrité. Parfois le trocart qui avait servi à ponctionner était laissé dans la plaie et servait à y faire des irrigations.

Laroyenne (de Lyon) qui fut un des chirurgiens les plus attachés à cette méthode pratiquait la ponction, puis agrandissait l'ouverture à l'aide d'un autre instrument. Voici en quels termes Morely (1) décrit l'opération :

« La ponction se pratique à l'aide d'un trocart du diamètre de celui-ci hydrocèle, et dont la courbure et la longueur sont celles de l'hystéromètre. La canule est fendue à son extrémité dans la moitié de sa longueur pour pouvoir remplir l'office d'une sonde cannelée. Le trocart aminci en forme de lame dans les quatre cinquièmes de sa moitié supérieure a une flexibilité qui lui permet, après avoir traversé la ponction rectiligne de la canule, de s'incurver pour franchir son extrémité légèrement recourbée. La ponction une fois achevée, la présence de liquide bien constatée, pour pratiquer le débridement on introduit dans la cannelure directrice du trocart qui a été laissé en place, un lithotome qui chemine aisément jusqu'à la cavité pathologique. Le lithotome est retiré en divisant les tissus en une ouverture compatible avec l'introduction facile d'un ou deux doigts. »

Pendant que nous revisons l'instrumentation utili-

1. Thèse de Paris, 1899.

sée pour la colpotomie, nous devons citer l'instrument de Landau, la pince trocart de M. Chaput et celle de M. Paul Reynier. Mentionnons également l'usage que fit Bouilly du thermocautère, quoique cette technique ne se soit guère généralisée.

A côté des chirurgiens qui ont attaché leur nom à une méthode ou à une instrumentation, nous ne devons pas oublier ceux qui, par leur haute valeur clinique, surent préciser les indications de la colpotomie, et l'employer au moment opportun : Bernutz, Goupil, Spencer Welles, de Sinety, Siredey, Schrœder.

Cependant, nous devons reconnaître que ces auteurs ont presque toujours pratiqué la colpotomie dans des lésions localisées. Kaltenback fut le premier à l'employer dans un cas de péritonite aiguë généralisée et il obtint par ce moyen la guérison de sa malade ; en 1905 Léon Sourdille présentait une collection fort intéressante de cas d'infection puerpérale traités et le plus grand nombre guéris par la colpotomie.

CHAPITRE II

PÉRITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES

Signes cliniques et anatomie pathologique

Nous avons l'intention dans ce chapitre d'étudier les accidents de péritonite généralisée d'origine puerpérale.

Que cette infection ait eu lieu par *auto-infection* ou par *hétéro-infection ;* qu'elle ait suivi dans sa propagation la voie sanguine du lymphatique ou même qu'elle se soit propagée de proche en proche de la muqueuse utérine aux trompes et de là au péritoine, ceci nous importe peu. Nous voulons considérer simplement les signes de péritonite apparaissant chez une femme en état puerpéral.

Et par état puerpéral nous entendons les conditions dans lesquelles se trouve une femme expulsant un produit de conception de quelque âge soit-il. Nous ne ferons pas de différence entre la péritonite généralisée *post-partum* ou *post-abortum*. Dans les deux cas l'infection est identique et peut donner naissance aux mêmes symptômes avec cependant une aggravation de ces symptômes et un assombris-

sement du pronostic lorsque la fièvre puerpérale apparaît à la suite d'un accouchement à terme. (Lepage) (Cf. obs. II).

Deux, trois, quelquefois quatre jours après l'accouchement ou l'avortement, la péritonite s'annonce par un début solennel : frisson violent, prolongé, qui ne se répète pas. Pendant une demi-heure environ, la malade est en proie à une sensation de froid intense : les dents claquent et un tremblement généralisé annonce l'invasion d'une complication fébrile. A ce moment tous les autres symptômes sont masqués par celui-ci et la malade grelottante ne parle guère que pour accuser une vive douleur localisée en un point de l'abdomen. Lorsque le frisson est terminé, après qu'on a mis en œuvre les moyens thérapeutiques usités en pareil cas (couvertures chaudes, boules d'eau chaude, grogs) apparaissent une sensation de chaleur et des sueurs profuses.

Cependant le thermomètre monte à 39-39°5 et le pouls subissant une notable accélération bat aux environs de 120. La douleur d'abord localisée en un point s'étend rapidement à tout l'abdomen : elle est intolérable, exaspérée par les changements de position dans le lit, le plus léger contact, les mouvements respiratoires eux-mêmes. Ce qui vient encore ajouter à ces douleurs ce sont des vomissements qui ne tardent pas à faire leur apparition en même temps qu'un hoquet presque incessant. Au milieu de violents efforts et de terribles souffrances la patiente expulse des jets de liquide amer et verdâtre

qui contient principalement de la bile. Cette couleur qu'on a comparée à celle du poireau leur a valu le nom de vomissements porracés qui constituent un des signes pathognomoniques de la péritonite.

L'examen du ventre nous le montre au début plat, rétracté, en état de défense musculaire de sa paroi, mais bientôt les anses intestinales distendues par les gaz produisent un énorme ballonnement. Rarement la diarrhée s'allie à ces symptômes la constipation est la règle générale.

Avec une telle réaction locale « les symptômes généraux acquièrent rapidement une notable intensité. dès le deuxième, troisième jour le pouls devient très fréquent, filiforme, la langue est sèche et fendillée, la soif vive ; la face est amaigrie, grippée, le nez est froid et effilé, les yeux sont excavés, la prostration est excessive : les extrémités se refroidissent, la respiration est courte et saccadée, la voix grêle, cassée, le collapsus est imminent » (Dieulafoy).

Cependant l'intelligence est conservée, les malades accueillent avec satisfaction la rémission des symptômes douloureux qui apparaît fréquemment à l'heure où la vie touche à sa fin.

Ce tableau clinique de péritonite aboutissant à un terme fatal correspond à des lésions anatomiques telles que toute réaction victorieuse de l'organisme est impossible tant l'infection est profonde et généralisée (forme foudroyante d'Hervieux). C'est dans ces cas que l'on trouve à l'autopsie un péritoine épaissi, congestionné, infiltré d'un pus étalé en fausses mem-

branes sur des anses intestinales congestionnées, distendues, météorisées (Cf. obs. II) fausses membranes dont la formation peut être très rapide : deux ou trois jours, parfois quelques heures (Dupré et Ribierre). Pas de collection purulente dont l'évacuation aurait peut-être sauvé la vie à la malade. Et à ce propos il nous revient toujours à la mémoire le froncement de sourcils de manvais augure dont notre maître Ricard accueillait l'ouverture d'un péritoine où il ne trouvait que « quelques cuillerées à café de bouillon sale ». Le pronostic fatal était posé et toujours confirmé.

Chez d'autres patientes, au contraire, soit que l'infection soit moins profonde, soit que l'organisme soit plus apte à la lutte, la réaction péritonéale se fait suivant un autre mode ; elle consiste surtout en un épanchement séreux ou séro-purulent abondant et libre dans la cavité abdominale. Cet épanchement se constitue parfois très rapidement : « En moins de douze heures l'épanchement peut être déjà considérable » (P. Delbet) (Cf. obs. XIII).

L'épanchement peut aussi être nettement purulent, les fausses membranes tapissent et agglutinent les anses intestinales en constituant une poche purulente isolée dans la grande cavité et qui remontant à la hauteur du fond de l'utérus s'étend à sa partie inférieure dans le cul-de-sac de Douglas et tend à se faire jour par le vagin et le rectum. Mais parfois aussi ces péritonites enkystées peuvent par suite de la rup-

ture des adhérences se transformer en péritonites purulentes généralisées secondairement.

L'évacuation de ces épanchements amène une sédation des symptômes et nous verrons par la suite que l'abondance du liquide écoulé lors de la colpotomie peut être un bon élément de pronostic (obs. I, III, IV, VII, VIII, IX, XI et XII)

CHAPITRE III

PÉRITONITES AIGUËS GÉNÉRALISÉES

Indications opératoires et modes de traitement

Nous venons de dire que dans les péritonites généralisées avec épanchement, l'évacuation de la collection produit une atténuation des symptômes morbides et souvent une guérison durable (obs. I, III, IV, etc.), probablement parce que cette évacuation soustrait à l'organisme une certaine quantité de toxines.

Par contre, dans les cas où l'ouverture du péritoine ne donne issue qu'à des quantités de pus faibles ou nulles, le pronostic doit être très réservé (obs. II, V).

Quels sont donc les signes cliniques qui nous permettront d'affirmer la péritonite avec épanchement.

Quels seront les symptômes qui nous décideront à l'intervention ?

Et l'intervention décidée, quelle sera-t-elle ?

Malheureusement, nous sommes bien obligé d'avouer que la clinique nous donne peu d'indications sur l'existence ou la quantité de l'épanchement.

« Au cours d'une septicémie puerpérale grave avec réaction péritonéale intense, il faut par l'exploration du cul-de-sac postérieur et par le palper abdominal *essayer* de faire un diagnostic précoce de l'existence d'un épanchement péritonéal » (Mauclaire).

Remarquons que l'auteur emploie le terme essayer. D'autre part, P. Delbet écrit : « Mais quand bien même l'épanchement se ferait avec une extrême rapidité, il est bien clair qu'il ne peut pas se révéler d'emblée par des symptômes cliniquement appréciables. En effet, il n'est pas assez abondant pour donner lieu à des signes comparables à ceux d'une ascite et d'autre côté tant qu'il est libre on ne peut percevoir son existence par le toucher vaginal » (P. Delbet).

Tarnier se borne à signaler la difficulté du diagnostic.

Cependant, lorsque le réaction péritonéale évoluera avec les douleurs un peu moins fortes, lorsque la percussion dénotera une légère matité dans les flancs, lorsque le toucher vaginal nous fera sentir des culs-de-sac bombés, douloureux et un utérus paraissant mobile dans un liquide, alors nous pourrons penser à un épanchement généralisé.

Mais n'oublions pas que ces signes cliniques sont fugaces et qu'en face de ces péritonites « nous avons plus de moyens d'action que de connaissances précises. De cette inégale progression de l'art et de la science il résulte que ce qui nous manque surtout c'est de savoir quand nous devons appliquer les

moyens énergiques que nous avons à notre disposition : ce qui nous manque ce sont les indications opératoires » (P. Delbet).

S'il est difficile de pronostiquer la quantité et la qualité de l'épanchement péritonéal, la péritonite elle-même peut être plus fermement diagnostiquée : ses symptômes capitaux ne permettent guère de la méconnaître et nous savons que « toute péritonite puerpérale diagnostiquée doit être opérée dans le plus bref délai (Jeannin).

Si donc, chez une femme en état puerpéral récent nous avons vu apparaître ces signes cliniques de péritonite : frissons, vomissements porracés, fièvre, polypnée, douleur abdominale ; si le lendemain ou le surlendemain nous constatons la dissociation de la température et du pouls qui devient rapide, filiforme, si le rythme respiratoire s'accélère, si l'état général s'altère, il faut dès lors croire à une péritonite généralisée et décider l'intervention immédiate.

Nous savons bien que parfois les signes cliniques nous auront trompés, que nous trouverons peu ou pas de lésions péritonéales : nous ne serons jamais mathématiquement certains de la réalité de la lésion et cependant nous devons intervenir dès que nous croyons à son existence. La temporisation, l'emploi exclusif des moyens médicaux ne peuvent que retarder l'intervention jusqu'au moment où elle sera inutile. Il vaudrait encore mieux faire une erreur de diagnostic et inciser un péritoine sans lésions que de

laisser évoluer, sans l'opérer, une péritonite diagnostiquée.

Nous ajouterons encore : il y va du plus grand intérêt de la malade d'être opérée de façon précoce au moment où l'infection a les chances de s'être peu propagée, au moment où les forces de la patiente lui permettront de subir un shock opératoire que du reste nous allons nous efforcer de réduire au minimum.

Cette opinion est celle de Léopold qui recommande, en cas de péritonite puerpérale généralisée, de ne pas laisser passer le moment propice à l'intervention en se conformant au précepte de Bumm et en opérant le plus tôt possible.

Mauclaire dans la *Revue de Gynécologie* écrivait en 1905 : « L'évacuation rapide et précoce de l'épanchement jointe aux autres traitements de la septicémie utérine sera peut-être une cause adjuvante qui empêchera la malade de pencher du mauvais côté de la balance. Il est évident que cette intervention, si rapide soit-elle, n'est pas de mise chez des malades déjà moribondes. » (Cf. obs. VII.)

Voilà donc le fait établi ; en présence d'une péritonite généralisée d'origine puerpérale nous interviendrons mais là encore des procédés différents viennent s'offrir à notre choix.

Celui qui apparaît le premier comme ayant le plus de chances d'évacuer la collection péritonéale c'est la laparotomie. Elle permet en effet de vider rapide-

ment l'épanchement et de bien voir les lésions. Cependant elle présente nombre d'inconvénients.

Si la laparotomie vide bien et permet de bien voir, par contre elle draine mal car nous savons quelle minime quantité de pus peuvent évacuer les drains verticaux placés à la suite de cette opération, même s'ils sont bourrés de gaze et agissent ainsi par capillarité. A moins de faire un drainage abdomino-vaginal et alors deux opérations au lieu d'une. La laparotomie expose de plus à des éventrations, ce n'est pas le plus grave des reproches à lui adresser, mais enfin cet inconvénient existe (12,8 o/o des cas d'après Winter).

Enfin et surtout le shock opératoire de la laparotomie est infiniment plus considérable que celui de la colpotomie. Pour certaines malades la cæliotomie abdominale a pu être le coup de grâce. Nous savons bien que nous n'attendrons pas que nos infectées en soient à ce point pour intervenir ; mais il peut arriver que, lorsque nous les verrons pour la première fois, leur état général soit déjà si déprimé qu'il faille redouter tout shock opératoire. Dans ces cas-là la colpotomie qu'on peut effectuer rapidement, sans remuer la patiente, sans l'anesthésier même, nous paraît l'intervention de choix.

Et même lorsque nous interviendrons à notre heure, sans y avoir la main forcée, nous pensons que la colpotomie sera encore l'opération indiquée, parce qu'elle présente un certain nombre d'avantages sur la laparotomie.

On a reproché à la colpotomie d'être aveugle, de risquer d'ouvrir un péritoine sain sur un vagin infecté ; on a dit que les incisions des parois vaginales riches en fibres musculaires avaient tendance à se fermer rapidement en étranglant les drains qui les traversent. Il est vrai que la colpotomie ne permet pas, comme la laparotomie, de voir l'état du péritoine et des anses intestinales : à cette objection il n'y a rien à répondre. Mais nous arrivons maintenant à faire l'antisepsie du vagin de telle façon (en particulier par le badigeonnage à la teinture d'iode) que le péritoine n'ait pas à courir grand risque et quant à notre incision, nous aurons soin de la dilater, puis de la combler avec des drains de volume suffisant pour éviter la cicatrisation trop rapide de la plaie et pour obtenir un drainage presque parfait.

Nous disons presque parfait et nous allons montrer combien ce procédé approche de la perfection au point de vue du drainage. Rappelons à ce propos les expériences sur le cadavre faites par Jean d'Herbécourt et citées dans sa thèse : le cadavre est mis dans la position couchée, puis la colpotomie postérieure est pratiquée et un drain placé dans l'incision de façon que son extrémité interne déborde de 1 centimètre la plaie péritonéale. Du liquide est alors versé dans le petit bassin, il s'écoule par le drain sauf un résidu de 60 centimètres cubes qui n'est pas évacué. En faisant passer le corps à la position assise, puis verticale, il obtint successivement 20 centimètres cubes, puis 10 centimètres cubes. On peut donc dire que si

la colpotomie ne permet pas de bien voir, elle assure un drainage presque parfait.

Autre chose encore, nous savons que l'un des principaux facteurs du shock opératoire dans la laparotomie, c'est l'exposition à l'air des anses intestinales, exposition qui peut parfois se prolonger avec l'opération. Cet inconvénient n'existe pas avec la colpotomie, pas plus du reste que les risques d'éventrations.

Pinna Pintor considère qu'après une colpotomie ayant duré deux heures, la malade est moins fatiguée qu'après une laparotomie d'une demi-heure. C'est également l'opinion de Olshausen et de Schrœder qui note l'aspect tranquille des opérées par la voie vaginale.

Enfin Velpeau, Laugier. Emmet, Fritsch reconnurent de nombreux avantages à la colpotomie, puisqu'ils l'employèrent souvent avec succès et Lejars (Chirurgie d'urgence) dit : « Il existe une forme de pelvi-péritonite à grand épanchement séreux, dans laquelle la colpotomie postérieure en évacuant purement et simplement la collection est susceptible de faire cesser brusquement les douleurs et les accidents de réaction péritonéale et de rendre ainsi à titre d'opération d'urgence de réels services ». (Cf. obs. III).

Voici enfin en quels termes J.-L. Faure s'exprime au sujet de la colpotomie : « C'est une opération excellente et qui permet souvent de guérir à bien peu de frais des malades présentant des collections péri-utérines qui mettent leur vie en danger. »

CHAPITRE IV

TECHNIQUE.— SOINS POST-OPÉRATOIRES

La simplicité de la colpotomie étant l'un des principaux avantages que nous lui reconnaissons, nous ne pouvons faire mieux que de la décrire très simplement ; du reste, il serait difficile de le faire autrement.

Tous les auteurs : P. Delbet, J.-L. Faure, Labadie-Lagrave et Legueu, Lejars, Monod et Wanverts, Pozzi la décrirent en quelques lignes.

Après asepsie préalable du vagin à l'aide de savonnages, d'injections antiseptiques (permanganate, sublimé, eau oxygénée) suivis d'un léger badigeonnage à la teinture d'iode, la malade anesthésiée ou non est placée en position gynécologique ; deux valves vaginales découvrent le champ opératoire, et une pince de Museux fixée sur la lèvre postérieure du col permet d'attirer l'utérus en bas et en avant.

L'élytrotomie portera sur le cul-de-sac postérieur du vagin à quelques millimètres au-dessus de son insertion cervicale. D'un cul-de-sac à l'autre on incisera au bistouri ou aux ciseaux mousses en ayant soin de raser la face postérieure de l'utérus pour évi-

ter de blesser les organes voisins : utérus et rectum. Suivant toujours de près le corps utérin on parviendra bientôt dans le cul-de-sac de Douglas, ce qu'on reconnaîtra à l'issue du pus, à la recherche duquel on était allé. A ce moment une pince à pansements vaginaux est introduite fermée dans la plaie qu'elle dilate par l'écartement de ses mors (J.-L. Faure).

Il est rare que, pratiquée de cette façon, l'opération donne lieu à une hémorragie ; du reste, une pince à forcipressure placée pendant quelques instants, un tamponnement énergique en auraient vite raison.

Signalons à ce propos que le chirurgien doit se rendre compte qu'il a bien ouvert le péritoine, car on a vu des cas où, croyant l'avoir incisé, on n'avait pas dépassé le tissu cellulaire : on se rend compte que dans ces circonstances, rares à la vérité, le drainage soit impossible et la soi-disant colpotomie absolument inefficace. (Cf. obs. V). Voilà donc le péritoine ouvert et suivant les cas il s'écoule du liquide séreux ou séro-purulent, en petite quantité ou à flots. Alors nous introduisons dans le cul-de-sac de Douglas un drain d'assez fort calibre traversé à environ 1 cm. 1/2 de son extrémité par un autre drain plus petit, tous deux percés d'œilletons (drain en croix). Vincent préconise deux drains en canons de fusil comportant chacun un pavillon ovalaire. D'autres chirurgiens emploient deux drains réunis côte à côte.

L'avantage du drain en croix, c'est qu'il ne peut

guère sortir du cul-de-sac de Douglas que retiré par la main du chirurgien. On peut arriver au même résultat en fixant les drains simples au col utérin à l'aide d'un crin (obs. I et II).

Il importe grandement, en effet, que les drains ne cessent pas trop tôt leur office puisque la colpotomie a justement pour but d'assurer un bon drainage avec un traumatisme minime. C'est pourquoi il ne faudra pas retirer les drains d'une façon précoce : c'est là la cause de ces fistules prolongées qu'on a reprochées à la colpotomie ; on doit, au contraire, attendre que la plaie, en se rétractant, expulse pour ainsi dire les drains, et soit presque cicatrisée à leur chute.

Dès que les drains seront en place ils serviront à pratiquer un lavage intra-péritonéal qui sera renouvelé les jours suivants. Il est presque universellement admis aujourd'hui que l'ouverture d'un péritoine infecté doit être suivie de grands lavages de cette cavité.

En 1886, Lawson Tait emploie les « injections d'eau chaude largement pratiquées » et Gil Wylie, en 1887, avait déjà constaté empiriquement que le lavage péritonéal diminuait le shock opératoire.

On a même utilisé l'emploi de solutions antiseptiques. (sublimé à 1/5000 ; bi-iodure à 1/20000).

Il est vrai qu'on faisait précéder et suivre ces lavages antiseptiques de lavages au sérum physiologique. (Chlorure de sodium à 7/1000). Baumgartner emploie les lavages du péritoine depuis longtemps. Léopold est très partisan des grands lavages de la

cavité comme complément des colpotomies et il leur attribue une grande part dans les résultats heureux de ses observations. Bouilly, Lejars, Boutier, Terrillon les ont également utilisées. Clark conseille non seulement une abondante irrigation de la séreuse avec la solution saline normale, mais, dans les cas graves, il laisse de 800 à 1000 centimètres cubes de cette solution dans l'abdomen et pour faciliter l'absorption de ce liquide, il met ses malades pendant vingt-quatre heures en position déclive, les pieds légèrement plus élevés que la tête.

Il est hors de doute que l'irrigation de la séreuse, à l'aide de cette solution physiologique par sa teneur saline et par sa température (40 degrés environ), ne soit bienfaisante pour le péritoine qu'elle revivifie par contact, cependant qu'elle le débarrasse mécaniquement du pus accumulé à sa surface et particulièrement dans le cul-de-sac de Douglas.

Nous les pratiquerons donc systématiquement chaque jour, tant que le liquide ne ressortira pas clair en utilisant à chaque lavage de 1.500 à 2.000 grs. de sérum physiologique chaud. En plus de ces lavages intra-péritonéaux, on pratiquera dans le tissu cellulaire sous-cutané les injections de sérum commandées par l'état général de la malade.

Voyons encore quels autres soins seront prodigués à nos opérées.

Une vessie de glace sera maintenue en permanence sur l'abdomen, tant qu'il y aura des symptômes de péritonite ; cette application de glace calmera

les douleurs en exerçant une action antiphlogistique sur la séreuse en cause. Son emploi sera d'autant plus facile que nous n'avons pas de plaie abdominale.

Toujours dans le but d'assurer le drainage, nous placerons nos malades non pas dans le décubitus horizontal, mais bien la tête surélevée et presque assises dans leur lit en position de Fowler. Ainsi tous les liquides, sans stagner dans le petit bassin, trouveront un écoulement vers la partie le plus déclive, l'ouverture du drain, et seront évacués ; de plus cette position sera fort agréable pour ces malades souvent dyspnéiques (Raymond,obs.VIII).

Le traitement médical ne sera pas négligé ; un examen attentif et plusieurs fois renouvelé dans la journée nous renseignera sur l'état du cœur et nous permettra de prévenir à l'aide d'éther, de caféine, d'huile camphrée, toute défaillance de cet organe.

Nous soutiendrons les forces de nos malades par une alimentation qui se guidera sur la coupe thermique ; même au cas où celle-ci resterait élevée, malgré les antithermiques administrés (quinine, pyramidon), nous pensons que l'alcool à doses raisonnables leur permettra de faire les frais de leur maladie et nous le prescrivons alors sous forme de champagne, grogs, potion de Todd, vin cordial.

En même temps,nous utiliserons pour lutter contre la septicémie puerpérale les injections quotidiennes de 20 à 40 centimètres cubes de sérum antistrep-

tococcique. Sans vouloir comparer ses effets à ceux du sérum de Roux dans la diphtérie, on peut penser qu'il est un bon adjuvant du traitement (obs. I).

Au bout d'un laps de temps variable de cinq à douze jours environ, la réaction péritonéale paraîtra s'éteindre, les lavages intra-abdominaux ne ramèneront plus de pus, les drains n'évacueront plus qu'une légère sérosité. A ce moment on pourra les retirer et ne plus faire que des injections vaginales qui seront continuées jusqu'au complet rétablissement.

De cette façon nous aurons, par une intervention restreinte, soustrait notre malade au danger d'une affection dont la gravité ne saurait être méconnue ; nous la rendons à la vie, sans mutilations, avec l'espoir de commencer encore et de terminer dans des circonstances plus heureuses de nouvelles grossesses.

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Potocki.)

Péritonite généralisée « post-abortum ». Colpotomie. Guérison.

M... Juliette, dix-neuf ans, ménagère, est amenée à l'hôpital de la Pitié le 5 mars 1909 à midi et admise dans le service de M. Potocki pour menaces d'avortement. La femme est interrogée, examinée et l'on obtient les renseignements suivants : Elle a déjà eu deux grossesses : l'une s'est terminée à sept mois et demi par l'expulsion d'un garçon vivant, l'autre onze mois plus tard à terme, garçon vivant. Dans les deux cas les suites de couches ont été normales.

Quant à la grossesse actuelle elle date de quatre mois et demi environ, les dernières règles ayant eu lieu du 23 au 28 octobre. Depuis la veille 4 mars, elle a senti de petites douleurs qui ont augmenté l'intensité jusqu'à maintenant et ont motivé sa venue à l'hôpital. Le toucher est douloureux ; on trouve un col effacé, mais encore fermé. En présence de ces menaces d'avortement la femme est mise en position allongée et on lui administre un lavement additionné de XV gouttes de laudanum. A ce moment le pouls est de 80, la température, de 36°5.

6 mars, 8 h. 30 soir. — La malade perd les eaux. Quelques minutes après, expulsion d'un fœtus vivant de quatre mois et demi qui succombe au bout de quelques instants. A 9 h. 15 délivrance spontanée, incomplète. Rétention partielle des membranes.

7 mars, 5 heures soir. — Température 38 degrés, pouls 120. La malade a été agitée toute la journée vomissant tout ce qu'elle ingère. Cependant le ventre est souple et non douloureux ; mais il y a une dyspnée très marquée. Un curage digital ramène des débris de membranes, on le parachève par un curettage à la curette mousse. Injection intra-utérine de 10 litres de solution de permanganate de potasse. Badigeonnage à la glycérine créosotée. Mèche iodoformée utérine et vaginale.

Minuit : Le pouls est à 120, la dyspnée persiste. Application de ventouses sèches. Le ventre est toujours normal. La nuit s'achève sans que la malade ait reposé.

8 mars, 8 h. 30 matin. — Température 38 degrés. Facies grippé, yeux cernés, lèvres fuligineuses, langue saburrale. La malade a de fréquents hoquets et des vomissements biliaires. Le ventre est peu douloureux, mais très ballonné, la sonorité remonte jusqu'à la partie médiane du foie. On remarque une certaine tension de la paroi dans la partie inférieure de l'abdomen.

Pas de selle depuis le 5 mars. Glace sur le ventre, 500 grammes sérum artificiel, huile camphrée, caféine-spartéine.

5 heures soir : Température 38°5, pouls à 140 irrégulier. Ventre fortement ballonné. Vomissements verdâtres. Une selle assez abondante. 80 grammes sérum antistreptococcique de Roux.

9 heures soir : Hoquets et vomissements moins fréquents.

Minuit : Pouls 120. La malade repose tranquillement ; état général meilleur.

9 mars, 9 heures matin. — Température 38°. La malade a bien reposé, le hoquet n'existe plus. Le ventre est

toujours ballonné mais non douloureux. Pouls à 130 régulier et bien frappé. On décide l'intervention.

Midi. — Après anesthésie chloroformique, M. Potocki pratique la colpotomie. A l'aide de valves on fait apparaître dans le champ opératoire le cul-de-sac postérieur qui offre un aspect violacé. Incision pratiquée avec des ciseaux mousses. Il s'écoule en abondance un pus non lié ; lorsque l'écoulement est tari on voit le péritoine de coloration grisâtre, présentant l'aspect de fausse membrane. Lavage de la cavité abdominale à l'eau stérilisée. Deux drains en canons de fusil sont fixés au col par un crin. Après l'opération, glace sur le ventre, huile camphrée, caféine ; 40 grammes de sérum de Roux, 300 grammes de sérum artificiel. On fait boire à l'opérée du grog glacé. Pas de vomissements.

Minuit. — Pouls faible mais régulier, la malade repose tranquillement. Huile camphrée, caféine. Dans la nuit selles fréquentes et abondantes.

10 mars, matin. — Température axillaire 39°5. Pouls à 120, régulier et bien frappé. Les vomissements et le hoquet ont disparu.

5 heures soir. — Température 38°. Pouls 120. Lavage de 2 litres d'eau bouillie dans la cavité abdominale par les drains du cul-de-sac. Grand lavage intestinal de 500 grammes de sérum artificiel, 40 grammes de sérum antistreptococcique de Roux.

9 heures soir. — Pouls régulier. Plus de hoquet ni de vomissements. Ventre souple non douloureux. La malade repose mieux. Glace sur le ventre en permanence.

11 mars. — Température 38°. Pouls 120. Nuit calme. Lavage abdominal avec 2 litres de sérum.

12 mars. — Température 38°. Pouls 120. Etat général meilleur. Un peu de diarrhée. Nouveau lavage abdominal au sérum. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum. La glace sur le ventre est supprimée.

13 mars. — Température 38°. Pouls 120. 40 respirations à la minute. Nuit bonne, la malade a bien reposé. La diarrhée a disparu la nuit pour réapparaître le matin. Légère amélioration de l'état général. 2 lavages intra-abdominaux de 2 litres. Sérum 500 grammes. On enlève un des drains.

14 mars. — Température 38°. Pouls 120. Même état.

Deux lavages intra-abdominaux de 2 litres.

On alimente un peu la malade.

15 mars. — Température 38°. Etat stationnaire.

Plus de diarrhée. Suppression du deuxième drain. Trois injections vaginales au permanganate.

16 mars. — Amélioration légère. Température 38°5. Pouls 120

Injections vaginales. La malade vomit son déjeuner.

Soir. — Température 38°. Pouls 100.

17 mars. — Température 38°. Pouls 120. La malade repose quoiqu'elle ait présenté trois vomissements.

18 mars. — Température 38°. Pouls 124. On fait une nouvelle application de glace sur le ventre. Injections vaginales continuées. Légère lymphangite sur les cuisses au niveau des injections de sérum.

19 mars. — Amélioration de l'état général.

20 mars. — L'opérée va bien.

21 mars. — Température 37°9. Pouls 130. La malade a mangé un peu. Pas de vomissements. Une selle sans diarrhée.

22 mars et jours suivants. — L'amélioration continue, le facies devient bon, la température tombe à la normale. On ne fait plus que des injections vaginales. Se lève le 30 mars pour la première fois, pas d'incident. Le dimanche 4 avril, à 9 heures du soir, la malade est prise subitement de frissons accompagnés de vomissement. En présence de cette alerte, on applique de la glace sur le ventre et on lui administre de l'opium. Le lendemain la malade va mieux, on sut ensuite qu'il s'agissait d'une indigestion due aux aliments apportés du dehors à l'heure de la visite.

7 avril. — La malade est convalescente.

Sort le 12 avril en bon état.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Potocki.)

Péritonite généralisée post-partum. — Colpotomie blanche Mort

G... Julienne. vingt-neuf ans, entre le 13 mars à 5 heures du matin à l'hôpital de la Pitié et est admise dans le service de M. Potocki. Elle est à terme. Pas d'antécédents héréditaires. Elle a accouché l'année dernière à terme d'un garçon vivant, actuellement en nourrice et bien portant, ses suites de couches furent normales. A 5 h. 30 elle accouche d'un enfant

vivant de 3.150 grammes. A 6 h. 10 délivrance naturelle par méthode mixte ; les membranes sont déchirées mais paraissent complètes. Somme toute, accouchement et délivrance parfaitement normaux. A 3 heures de l'après-midi, une des sages-femmes examinant l'accouchée remarque un utérus gros et tendu remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Par expression on fait sortir environ 300 grammes de sang coagulé. A 4 h. 1/2 injection intra-utérine de 6 litres de permanganate.

13 et 14mars. — Rien à signaler, sauf légère accélération du pouls.

15 mars. — La malade a quelques frissons vers 5 heures du soir, le ventre est douloureux. On lui administre 0 gr. 50. d'antipyrine et on lui applique de la glace sur le ventre. A 10 heures du soir brusquement, l'accouchée est prise de grands frissons avec claquement de dents. Douleurs très violentes dans la région utérine. Température 40°. Pouls irrégulier. Lochies fétides. La malade très agitée se tient couchée en chien de fusil et se refuse à tout examen.

On pratique une injection intra-utérine de 6 litres de permanganate de potasse, le col est perméable à une soude en verre. L'utérus se rétracte bien. Badigeonnage de la cavité à la teinture d'iode. Ni l'injection, ni le badigeonnage ne ramènent de débris ; les douleurs se calment un peu mais la malade ne repose pas dans la nuit. 500 grammes de sérum. Huile camphrée, caféine.

16 mars, matin. — Aggravation de l'état général. La malade qui a vomi à plusieurs reprises dans la nuit a de la diarrhée. Le ventre est ballonné. Caféine. Ether. Sérum 500 grammes.

4 h. 1/2 soir. — M. Potocki fait la colpotomie après anesthésie chloroformique. Le cul-de-sac postérieur est mis à découvert à l'aide de valves et l'incision pratiquée aux ciseaux mousses. Le péritoine se décolle au niveau de la plaie et l'incision en est difficile. Il s'écoule du cul-de-sac de Douglas une minime quantité de pus accompagnée de quelques flocons blanchâtres. On place un drain volumineux long de 15 centimètres environ et dans ce drain on fait passer 4 litres d'eau bouillie et de sérum. Le drain est fixé par un crin au col de l'utérus ; quelques compresses servent à bourrer le vagin.

Sérum 500 grammes. Caféine. Huile camphrée toutes les trois heures.

17 mars, 1 heure matin. — Huile camphrée, injection vaginale, lavage intra-péritonéal.

10 heures matin : Température 39°. Pouls 144. Pas de vomissements depuis minuit, mais hoquet persistant, langue fuligineuse, ventre ballonné moins douloureux que la veille. Pas de selle, pas de gaz depuis l'opération. La malade se plaint d'une douleur assez vive au niveau du foie et dans la partie inférieure du thorax à droite, où l'on perçoit quelques frottements pleuraux. Injection vaginale. Lavage intra-péritonéal au sérum. Huile camphrée, sérum artificiel 500 grammes, sérum antistreptococcique 40 grammes.

18 mars. — Injection vaginale et intrapéritonéale. Sérum antistreptococcique 40 grammes. Morphine.

8 heures matin : Mort.

Autopsie. — Les anses intestinales sont fortement distendues et congestionnées, l'estomac très dilaté. Le drain remonte à 5 centimètres au-dessus de l'utérus et apparaît au milieu

des ansés intestinales baignant dans le pus. Dans le cul-de-sac de Douglas on trouve environ un demi-verre de pus grumeleux, mal lié et les organes voisins, en particulier l'utérus et ses annexes sont couverts de fausses membranes. L'utérus est haut d'environ 10 centimètres, sa cavité est vide et l'on constate simplement au fond quelques dépôts fibrineux. Pas de salpingite. L'appendice est congestionné, mais ne présente pas des lésions nettes. Le foie est gros, mou, congestionné sans abcès.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Dehelly, interne chez M. le Dr Rochard).

Pelvi-péritonite. Colpotomie. — Amélioration. Hystérectomie consécutive

Mme V..., vingt-sept ans, rentre dans le service de M. Rochard le 29 juin 1909 pour des phénomènes de péritonite pelvienne. Cette femme était accouchée depuis deux mois. Quinze jours après son accouchement elle est prise de violentes douleurs abdominales et de fièvre ; cette fièvre n'a pas été constatée par un médecin. La sage-femme qui l'avait accouchée a continué à la soigner et il est impossible d'obtenir d'autres renseignements que ceux fournis par la malade.

Celle-ci a été obligée de garder le lit depuis son accouchement ; les violentes coliques abdominales qu'elle ressentit quinze jours après sa délivrance ne s'accompagnèrent pas de vomissements, mais elle présentait un état nauséeux constant, avec constipation opiniâtre et ballonnement du ventre. Inappétence

complète, enfin son état général devenant de plus en plus mauvais elle rentre à l'hôpital le 29 juin 1909.

A cette époque son état général est très mauvais, la malade est pâle et fortement anémique ; elle a de l'œdème des jambes. Son pouls est petit et fuyant, sa langue sale et le ventre ballonné et très douleureux. On constate qu'il existe une tuméfaction douloureuse remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant des deux côtés jusqu'au haut des fosses iliaques qui sont saillantes et douloureuses. La portion sus-ombilicale de l'abdomen est tympanisée et participe seule aux mouvements respiratoires.

Au toucher on trouve un utérus immobilisé et repoussé en avant ; le cul-de-sac postérieur bombe fortement, il est fluctuent et douloureux.

On met de la glace sur le ventre de cette malade qui reste ainsi en observation jusqu'au 13 juillet.

Pendant ce laps de temps la température se maintient élevée avec quelques oscillations : elle est de 39°5 le soir et de 39 ou 38° 5 le matin sans aucune tendance à s'abaisser. La tuméfaction abdominale ne diminue pas de volume. L'état général est de plus en plus mauvais.

On décide ce jour-là une colpotomie postérieure. Celle-ci donne issue à plus d'un litre de liquide séro-purulent (plus séreux que purulent) et la tuméfaction abdominale devient moins saillante. Dès le soir de l'intervention la température descend à 37° et elle se maintient ainsi pendant quatorze jours ; pendant deux jours elle remonte à 38° le soir puis elle redescend à nouveau le seizième jour.

Mais cette réascension fait craindre la réapparition d'un état fébrile, et comme l'état général est considérablement amélioré,

que pendant cette quinzaine la malade a pu s'alimenter et être mise en état de supporter une intervention curative, le 29 juillet on lui fait une hystérectomie totale qui fut très pénible à cause du volume des poches salpingiennes et de adhérences intestinales nombreuses Ces poches salpingiennes étaient très élevées, elles occupaient les fosses iliaques et la poche qui avait été ouverte par le vagin était donc une poche de pelvi-péritonite. L'évacuation du contenu de cette poche avait donc suffi pour abaisser la température et permettre ainsi de préparer la malade à subir une intervention qui, dans ces conditions, est toujours grave.

La malade revue le 12 novembre est en parfait état.

OBSERVATION IV

(Kaltenbach cité par Kayser. — *Arch. f. Klin med.*, 1876.)

Péritonite aiguë «post-partum». — Colpotomie. — Guérison.

Femme de quarante-cinq ans, quatrième accouchement, péritonite aiguë dont la malade ne se relevait pas ; par le cul-de-sac postérieur du vagin, on lui fait une incision au bistouri par laquelle on vide 1/2 litre de pus, la femme guérit bientôt.

OBSERVATION V (Résumée)

(Paul Guéniot. — *Annales de la Société d'Obstét. de France*, 1905.)

Péritonite « post abortum. » — Echec de la colpotomie. — Mort.

Péritonite débutant sitôt après l'avortement. Deux jours

après, malgré que le doigt ne sente aucune tumeur dans le Douglas, incision du cul-de-sac postérieur ; on place un drain, rien ne s'écoule sauf du sang. Mort vingt-quatre heures après par continuation des accidents.

Autopsie. — Péritonite généralisée, pus abondant (4 lit.) Le drain n'est pas dans la cavité péritonéale, mais bien dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : le péritoine s'est laissé refouler et non effondrer.

OBSERVATION VI

(*In* thèse Raymond.)

Péritonite puerpérale « post-abortum ». — Colpotomie antérieure et postérieure. — Guérison.

Claire L..., vingt-quatre ans, modiste, fausse couche de six semaines ou plutôt grossesse de six semaines avec manœuvres qui ont duré quinze jours. Le quinzième jour (27 décembre 1902) douleurs brusques dans le ventre, ballonnements, vomissements. La malade est amenée à la Maison Dubois dans le service de M. Guinard, le 4 janvier 1903. Elle a toujours le même état abdominal avec un état général très grave : il y a un écoulement vaginal infect : la température est peu élevée, 36°8 axillaire. M. Robineau, qui fait le service pendant les vacances, lui fait d'urgence un curettage qui ramène des caillots fétides.

Le 5 même état général grave, température 37°8, 37°3, sérum, glace sur le ventre ; le 6, M. Guinard la trouve avec

un état général très inquiétant, extrémités froides, pouls filiforme, facies péritonéal, vomissements porracés, hoquet.

Devant ces phénomènes graves d'infection, en présence d'un écoulement utérin infect, on se dispose à enlever l'utérus. La malade est amenée à la salle d'opération, on incise les culs-de-sac antérieur et postérieur, premier temps d'une hystérectomie vaginale ; il s'écoule très peu de liquide de l'ouverture du cul-de-sac postérieur. On décide alors de ne pas pousser plus loin l'intervention. Drain dans le cul-de-sac de Douglas. Curage léger de l'utérus ramenant quelques caillots sentant très mauvais.

Les jours suivants, il se fait par le drain un écoulement plus abondant, la cavité utérine se nettoie peu à peu, les phénomènes généraux et abdominaux vont en s'améliorant : pendant huit jours, on fait 500 grammes de sérum, on maintient de la glace sur le ventre.

25 janvier. — La malade va bien depuis quelques jours, disparition des douleurs et des signes de péritonisme. La température est tout à fait normale, le pouls est régulier et bien frappé ; on enlève le drain ; il y a à la miction quelques douleurs qui disparaissent sous l'influence de la térébenthine.

1er février. — La malade sort de l'hôpital en bon état de santé.

Dans ce cas où malgré le peu d'élévation de température, il y avait des phénomènes généraux graves : M. Guinard se montra très prudent en n'achevant pas l'hystérectomie commencée. L'événement lui donna raison puisque la malade guérit. On notera la petite quantité de liquide. Son écoulement plus abondant les jours suivants coïncidant avec la convalescence commencée.

OBSERVATION VII

(*In* thèse Raymond.)

Péritonite généralisée. — Colpotomie. — Mort rapite.

Marthe J..., trente-trois ans, entre à l'hôpital Tenon, salle Delessert le 17 août pour de violentes douleurs abdominales et des vomissements. Ces douleurs très vives au début, atténuées plus tard, débutèrent trois jours avant (cinq jours auparavant, fausse couche provoquée) et s'accompagnèrent de vomissements rapidement porracés. La constipation depuis le début des accidents était opiniâtre.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente un facies nettement abdominal, avec nez effilé, yeux cernés, teint défait. Le ventre est contracté, très dur et douloureux à la pression. Il reste d'ailleurs immobile, ne subissant pas l'impulsion respiratoire normale. Dyspnée, extrémités froides. Température 41 degrés, pouls irrégulier et inégal bat à 140 pulsations à la minute. Toucher vaginal montrant le col entr'ouvert et mou ; les culs-de-sac sont libres. Néanmoins, devant les signes péritonéaux indéniables, on se décide à faire le minimum opératoire, c'est-à-dire la colpotomie. A l'ouverture du cul-de-sac de Douglas il s'échappe environ 2 litres de pus horriblement fétide. On met trois drains. Pas de lavage.

Suites opératoires. — Dans la journée l'état général reste toujours très précaire. On essaie de remonter la malade par de

l'huile camphrée, du sérum, elle meurt à 10 heures du soir. L'autopsie ne put être faite.

De cette observation nous déduisons deux faits, d'abord l'absence de tumeur dans les culs-de-sac ; ensuite le moment de l'intervention qui fut évidemment trop tardif, cinq jours après le début des accidents : la malade est morte malgré la colpotomie et non à cause de la colpotomie, tout autre traitement aurait eu le même insuccès.

OBSERVATION VIII

(*In* thèse Raymond.)

Péritonite généralisée post-abortum. — Colpotomie
Guérison

X..., vingt-six ans.

Pas de maladie antérieure. Réglée à dix-neuf ans.

Première grossesse il y a trois ans. Accouchement à terme. Pas de suites pathologiques. Depuis cette grossesse, réglée peu abondamment mais très régulièrement. Cependant depuis cette époque elle est assez anémiée, à tel point qu'on lui conseille le séjour à la campagne.

La malade voit ses règles comme d'habitude, du 9 au 15 août ; le 9 septembre elles ne viennent pas, mais comme la malade n'a aucun des troubles sympathiques de sa première grossesse elle ne se croit pas enceinte. Elle fait sur ces entrefaites à la campagne une promenade en voiture sur une route assez mal pavée et elle dit avoir ressenti à ce moment quelques douleurs

dans le ventre. Elle nie absolument toute tentative d'avortement.

24 septembre. — Elle perd assez abondamment et expulse un gros caillot qui n'a pas été examiné. Elle a eu des nausées, pas de vomissements. La nuit elle ne dort pas.

25 septembre. — Toujours fatiguée, la malade reste au lit, elle se sent cependant un peu mieux, pas de vomissements, constipation. Elle prend un lavement qui ne produit aucun effet.

26 septembre. — Les pertes rouges ont diminué, elles tendent à être remplacées par un écoulement jaune fétide, faiblesse croissante ; pour la première fois vomissement.

27 septembre. — Toujours même état de faiblesse, le soir, à la suite d'ingestion de quelques aliments légers, grandes douleurs abdominales suivies de vomissements. On va pour la première fois chercher un médecin à 11 heures du soir.

28 septembre. — Le médecin qui n'a pu être trouvé la veille au soir, vient et diagnostique une fausse couche. Il conseille le transport à l'hôpital Beaujon.

Nous voyons la malade le soir, elle a un facies nettement péritonéal, figure amaigrie, yeux profondément excavés, nez effilé, légère dyspnée. Le ventre est ballonné et sensible ; le toucher vaginal montre un col mou et entr'ouvert, il n'y a rien dans les culs-de-sac qui ne paraissent pas douloureux. Température 38 degrés, pouls 120. Devant ces symptômes nous faisons porter la malade à la salle d'opérations et nous pratiquons sans anesthésie un curettage ; le col est entr'ouvert, il s'écoule un liquide jaunâtre puriforme, la curette ramène quelques débris noirâtres sphacélés, nous cherchons s'il n'y pas de perforation utérine, nous touchons à la teinture d'iode et faisons un lavage

utérin à l'eau iodée. Comme il n'y a rien dans les culs-de-sac, comme la malade n'a pas eu de vomissements depuis son entrée, nous nous en tenons là ; 500 grammes de sérum, diète, glace sur le ventre.

29 septembre. — C'est toujours le même aspect. La température a baissé, 37°2 ; le pouls est meilleur, 90, mais la malade a vomi toute la nuit ; on nous fait voir un vomissement qu'elle vient de rendre : c'est un liquide noirâtre, fétide, à odeur fécaloïde. L'estomac paraît très dilaté. Devant la persistance de ces symptômes, nous basant sur l'existence du ballonnement du ventre nous nous décidons à faire une colpotomie. La malade est portée à la salle d'opérations, nous changeons la mèche iodoformée utérine qui est à peine humectée, puis saisissant la lèvre postérieure du col, nous incisons en arrière de l'utérus. Nous entrons dans un tissu très œdématié, saignant beaucoup. Le cul-de-sac, n'étant certainement pas ouvert, malgré que nous soyons à une profondeur raisonnable, nous donnons quelques gouttes de chlorure d'éthyle et avec une pince courbe nous effondrons le péritoine. Un flot de liquide jaune sale, horriblement fétide (1/2 lit. environ) s'écoule. Nous essuyons à la compresse le liquide contenu dans le vagin, puis sans laver, nous introduisons deux gros drains longs de 15 à 20 centimètres qui vont très haut en arrière de l'utérus. Une compresse de gaze est mise dans le vagin pour maintenir les drains. La malade est reportée dans son lit et nous la faisons mettre en position de Fowler, glace sur le ventre, 500 grammes de sérum. Le soir température 37°8, pouls 100. Les vomissements sont moins fréquents, il y a surtout des nausées, constipation absolue, Champagne, glace.

30 septembre. — Température 37°5, pouls 90. La malade n'a

plus vomi depuis la veille au soir. Une diarrhée très tenace s'est installée. La malade demande le bassin plusieurs fois par heure. Nous faisons son pansement. Quand elle est sur la table de spéculum, nous sommes frappé par l'affaissement du ventre qui est plat et absolument normal. Nous changeons la mèche utérine et les compresses vaginales qui sont imbibées de pus. Le soir, même état, la diarrhée persiste plus tenace. Nous ordonnons un lavement de 1 litre de sérum.

1er octobre. — Même état, température 37°2, pouls 90. Pansement. Les compresses vaginales sont toujours humectées. Le soir, la malade vomit le lait qu'elle avait d'ailleurs pris sans plaisir aucun. Diarrhée persistante, 500 grammes de sérum en injection sous-cutanée.

2 octobre. — La malade se sent mieux. Cependant la nuit se passe sans sommeil. Diarrhée verte tenace. On raccourcit les drains de 2 centimètres. Le soir même état. La malade a absorbé dans la journée deux verres de lait et les a bien supportés. Lavement de 1 litre de sérum.

3 octobre. — Le mieux continue. La malade a pris sans en être incommodée du lait et du bouillon. La diarrhée a presque complètement disparu. Pansement : on enlève le drain gauche, il s'écoule toujours du pus jaune franc.

4 octobre. — L'amélioration continue, la diarrhée a cessé, la malade s'alimente d'une manière convenable.

6 octobre. — La guérison s'accentue, suppression de la glace.

10 octobre. — On enlève le dernier drain et on met le malade aux injections vaginales. Elle est actuellement en très bon état et en bonne voie de convalescence.

20 octobre. — Nous examinons la malade au moment de son

départ. Le ventre est souple et non ballonné ; on sent l'utérus fixé en arrière par des adhérences ; le toucher est indolore et ne révèle l'existence d'aucune masse salpingée.

La colpotomie dans cette observation nous a permis d'évacuer un liquide qui n'était pas soupçonné jusqu'à ce moment ; nous l'avons faite pour nous opposer aux vomissements. Il est à noter que, deux jours après l'intervention, il y a eu une diarrhée tenace qui certainement a été un signe favorable et a coïncidé avec la suppression des vomissements.

OBSERVATION IX

(Léon Sourdille. — *In Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1905.)

Péritonite généralisée « post-abortum ». — Colpotomie. — Parotidite double. — Fistule entéro-vaginale. — Guérison.

La nommée S. Y..., âgée de dix-huit ans, élève à l'Ecole dentaire, est amenée le 9 mai 1904, à 6 heures du soir à l'hôpital Lariboisière où elle est reçue d'urgence, salle Denonvilliers lit n° 3, service de M. Peyrot. La malade, fort intelligente, me raconte que, se croyant enceinte de deux mois (elle n'a pas eu ses règles depuis le commencement de mars) elle s'est donné elle-même, m'assure-t-elle, une injection intra-utérine au moyen d'une canule à extrémité mousse et dans laquelle elle a mis de la fleur de noyer et du savon noir.

Très rapidement il survient une douleur qui, d'abord localisée au bas-ventre, ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdo-

men les jours suivants. Entre temps, des pertes rouges abondantes, avec caillots, sont survenues.

Je l'examine alors plus directement : elle me dit avoir une constipation absolue depuis plusieurs jours et avoir des vomissements verts incessants : bientôt elle rend de nouveau et il m'est facile de m'assurer que ces vomissements sont porracés en effet.

La langue est très sèche, sale seulement sur les bords, mais fuligineuse au centre.

Je fais prendre immédiatement sa température : le thermomètre monte rapidement et marque finalement 40°5. Le pouls est à 144, petit. L'état général est des plus mauvais, la malade a une respiration petite et pressée (40 inspirations par minute); son visage grippé, ses yeux enfoncés avec un cercle noirâtre péri-orbitaire dénotent une angoisse et une souffrance intense et une profonde atteinte de tout l'organisme. De temps à autre un hoquet s'échappe de la poitrine.

Le ventre est ballonné, la douleur spontanée très vive ; la malade ne peut supporter le poids des couvertures et le moindre contact du doigt sur l'abdomen provoque des cris déchirants. Au toucher vaginal, le doigt sent tous les culs-de-sac empâtés et bombant dans le vagin et est ramené couvert de sang mêlé à du mucus de mauvaise odeur.

Le palper hypogastrique combiné est impossible à pratiquer.

En présence de cette infection profonde et de la gravité de l'état de la malade, je fais venir immédiatement le chirurgien de garde. Mais celui-ci, après examen de la malade, ne veut pas prendre la responsabilité de l'intervention, vu l'âge de la malade (dix-huit ans seulement) et bien que celle-ci consente à

se laisser opérer, il estime que l'opération sera fatale et que « s'il reste une chance de salut à la malade, c'est le repos et l'expectative qui l'assureront ».

Je me résigne donc à ordonner de la glace sur le ventre, 1000 grammes en injection hypodermique de sérum artificiel auquel on adjoint 1 gramme de caféine et de la morphine : 1/2 centigramme toutes les trois heures.

Le lendemain matin, 10 mai, l'état de la malade est le même ; la température s'est abaissée d'un demi-degré et le pouls est à 130.

M. Peyrot ayant vu la malade estime qu'une intervention seule peut la sauver ; mais, craignant que la laparotomie sous-ombilicale fatigue par trop la malade, déjà si affaiblie, il recommande une colpotomie postérieure, qui est pratiquée immédiatement par M. Souligoux.

Opération. — L'incision est pratiquée sans aucune anesthésie préalable.

Des l'ouverture du cul-de-sac postérieur, un flot de pus, d'odeur horriblement fétide, jaillit de la vulve et il s'en écoule une quantité qu'on peut évaluer à 1 lit. 1/2 ou 2 litres.

Après un nettoyage rapide sans aucun lavage, deux gros drains sont placés dans le Douglas, le vagin est tamponné et la malade est ramenée dans son lit. On continue l'application de la glace sur le ventre ; nouvelle injection de caféine.

L'état de la malade s'améliore rapidement, la température du soir descend à 38°8. Le pouls est à 120 mais plus fort. Le visage de la malade est moins profondément abattu, et, malgré que l'infection de cet organisme soit encore profonde, j'entrevois déjà une guérison possible.

Le pansement est renouvelé le lendemain, mais sans aucun

lavage et les parties en contact avec le pus sont simplement nettoyées avec des tampons antiseptiques soigneusement étreints. Même traitement les jours suivants ; tous les jours on fait à la malade de nouvelles injections de sérum artificiel, variant de 500 grammes à 1 litre.

L'amélioration va croissant ; à la suite de l'intervention les vomissements verts ont rapidement décru de nombre, pour disparaître complètement au bout de soixante-douze heures. Enfin cinq jours après l'évacuation du pus, la température est à 37°.

Les pansements sont renouvelés tous les deux jours, l'un des drains est supprimé ; bientôt la température s'élève de nouveau et on pense à une rétention de pus en quelque endroit inaccessible. La douleur abdominale n'existe plus qu'à la région hypogastrique et dans le petit bassin.

A partir du 25 mai, la température est à 39° le soir, 38° le matin lorsque le 29 mai, la malade se plaint de souffrir derrière la mâchoire inférieure et on constate alors que la région parotidienne gauche est œdématiée et douloureuse à la pression.

Le lendemain, 30 mai, la parotide droite se prend à son tour.

Pour comble d'ennui, le lendemain encore, 31 mai, on constate un écoulement, par le vagin, de matières fécales, jaunes, liquides provenant sans doute d'une perforation d'anse grêle près du cul de-sac vaginal. Cette perforation se bouche assez rapidement et, huit jours après, il n'y a plus aucun écoulement de matières.

La parotide droite (celle atteinte la dernière) augmente de

plus en plus, tandis que la parodite gauche reste moyennement œdématiée.

7 juin. — A ma contre visite, je perçois une fluctuation profonde au niveau de la région parotidienne droite et le lendemain matin une incision large donne issue à du pus de mauvaise odeur, environ un demi-verre.

La parotide gauche reste stationnaire quelques jours encore, le 12 juin la fluctuation est perceptible et l'incision en est faite immédiatement.

Dès lors, la malade va de mieux en mieux ; très affaiblie, très amaigrie, tant par son affection causale que par ces complications successives, elle met, à vrai dire, un assez long temps à se remettre entièrement ; enfin, le 21 août, complètement guérie, la malade sort de l'hôpital après un séjour de près de trois mois.

Deux mois après, elle écrivait à une de ses anciennes voisines de lit, retenue à l'hôpital par une affection chronique, qu'elle se portait toujours bien et qu'elle était parfaitement remise de sa grave maladie.

OBSERVATION X

(*In* Sourdille. — *Revue de Gynécologie*, 1905.)

Infection puerpérale. — Péritonite généralisée. — Colpotomie. — Guérison.

H... Berthe, âgée de trente ans, porteuse de pain, est amenée d'urgence à Lariboisière, salle Denonvilliers, n° 20, le 18 juillet à 5 heures du soir.

La malade me raconte qu'ayant un retard de règles de

trois mois, elle a voulu se faire avorter et s'est fait pour cela il y a six jours une injection intra-utérine avec une solution de carbonate de potasse (cristaux).

A la suite de cette manœuvre, la malade a commencé à perdre en rouge, en même temps qu'une vive douleur envahissait tout le bas-ventre. Au moment de son entrée, la malade a 39°7 de température, le facies est grippé, angoissé, la malade a 35 respirations à la minute, le pouls est rapide à 125, mais assez fort. Le ventre est énorme par météorisme, on voit les anses intestinales dilatées faisant saillie sous la peau.

La malade a des vomissements fréquents, bilieux. La douleur spontanée est très vive et le moindre contact l'augmente encore.

Je touche la malade et je perçois le col utérin ouvert, très gros, durci, les culs-de-sac sont bombés et empâtés, le spéculum introduit montre que tout le fond du vagin et le col sont congestionnés, violacés, et le cul-de-sac postérieur n'existe pour ainsi dire plus. Du col utérin s'écoule une sécrétion d'odeur putrite, mélangée à des débris de caduque utérine.

La plénitude et l'ampleur du pouls, l'absence de vomissements porracés me font penser qu'il n'y a qu'une crise de péritonisme sans plus ; traitement d'expectative, je pratique un curettage succinct qui ramène seulement quelques débris placentaires. La cavité utérine mesure 11 centimètres. La curette sent une paroi très molle, se laissant facilement déprimer. Nulle part, malgré mes recherches, je ne trouve de perforation utérine.

Ecouvillonnage, pas d'injection intra-utérine, tamponnement léger à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin.

Huit cents grammes de sérum et de caféine sont administrés

à la malade, ainsi qu'une vessie de glace en permanence sur le ventre ; une injection de morphine pour la nuit. Mais son état s'aggrave rapidement. La malade est prise quelques heures après de vomissements porracés, très liquides, qui deviennent incessants vers le matin.

19 juillet. — Le matin à la visite, la douleur abdominale suraiguë, l'absence complète de gaz, la petitesse du pouls qui est monté à 149 ne me donnent plus aucune illusion et le diagnostic de péritonite généralisée s'impose bien que la température soit tombée à 39°, c'est-à-dire de près de 1 degré.

Je juge donc indispensable d'intervenir aussitôt, ne pouvant espérer par l'expectative la résolution de ces symptômes alarmants.

Je pratique une colpotomie postérieure, qui ne donne issue qu'à une petite quantité de liquide louche, sans odeur et, après renouvellement du pansement utérin, j'introduis deux gros drains, l'un de 35 centimètres de long, remontant vers la grande cavité abdominale, l'autre plus court dans le Douglas. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Nouvelle injection de 500 grammes de sérum artificiel, caféine et glace sur le ventre. Diète absolue.

Le soir la température est la même, les vomissements persistent, l'état général est toujours grave ; pourtant la douleur abdominale est un peu moins vive, et je me demande si ce n'est pas là une accalmie préterminale.

20 juillet. — Le lendemain matin même état ; la température s'obstine à rester à 39 degrés, toutefois les vomissements porracés ont un peu diminué ; même traitement que la veille.

Le soir enfin, j'ai le plaisir de constater un changement favo-

rable, la température s'est abaissée à 38°6 et l'état général est un peu meilleur.

21 juillet. — La température du matin est à 37°6 ; en faisant le pansement vaginal, je constate que les compresses sont pour la première fois imbibées de pus franc et en assez grande quantité.

22 juillet. — La malade se trouve de nouveau plus fatiguée, la température remonte.

23 juillet. — La température atteint 40°5, la malade se reprend à vomir de plus belle; mais, l'après-midi, elle se sent mouillée soudain et on constate qu'une grande quantité de pus souille son drap de lit. Le pansement est renouvelé, la température du soir est tombée brusquement à 37°.

J'attribue les troubles des deux jours précédents à la formation d'un foyer purulent dont l'évacuation a provoqué l'amendement des symptômes.

Depuis lors, la marche est graduelle vers le rétablissement de la malade.

Le plus long des drains est enlevé et les pansements sont renouvelés tous les deux jours, la température reste entre 37°5 et 38°5.

A mon départ pour les vacances (août) la malade commence à s'alimenter et quand je reviens dans le service, un mois plus tard, la malade se lève chaque jour, et il ne reste plus qu'une fistulette du cul-de-sac postérieur absolument insigifiante et qui persiste encore lors de la sortie de la malade, sur sa demande, le 8 octobre 1904.

OBSERVATION XI

(E. Pillet, de Rouen. — *Journal des Praticiens*. 1907, p. 487.)

Péritonite puerpérale généralisée post-abortive. — Colpotomie. Guérison.

X..., femme de chambre, est apportée en ambulance dans le service de notre maître, le Dr Michaux, à Beaujon, en état de septicémie grave : le facies est très mauvais, pâle, étiré, les yeux excavés et cerclés de bistre, les conjonctives subictériques, les pommettes saillantes, le nez pincé.

Dyspnée, vomissements s'effectuant sous forme de régurgitations fréquentes de couleur porracée.

La malade ne se plaint que de ces vomissements apparus, dit-elle, il y a deux jours ; elle souffre peu. Le ventre est ballonné, présentant un tympanisme généralisé avec submatité dans la partie inférieure de la fosse iliaque gauche. Une défense musculaire énergique rend tout palper illusoire. Température 38°5, dissociée du pouls incomptable (165 pulsations).

Il s'agit évidemment d'une péritonite septique : mais de quelle cause ?

L'appendicite ? Mais la malade n'était pas antérieurement constipée ; elle n'a jamais eu de crises, et le début ne s'est pas fait par la fosse iliaque droite.

Les réponses embarrassées de la malade, son âge, ce fait qu'elle s'avoue enceinte de deux mois et demi nous font penser à quelque histoire d'avortement avec péritonite puerpé-

En effet, le toucher décèle un col ramolli, déchiré à gauche et béant ; aussi le doigt est-il introduit jusque dans la cavité utérine : elle est vide, ne contenant que quelques débris placentaires et sans rupture appréciable ; le corps utérin surplombe de trois travers de doigt la symphyse pubienne. La base du ligament large gauche est empâtée dans le cul-de-sac latéral, mais le cul-de-sac postérieur est libre. La mobilisation de l'utérus entre les doigts vaginaux et abdominaux est douloureuse :

Il s'agissait donc d'une péritonite puerpérale généralisée, sans prédominance pelvienne, succédant à des manœuvres abortives. L'état de cette malade était désespéré ; aussi un chirurgien du Bureau central nous avait-il déconseillé d'intervenir. Nous voulions cependant tenter une colpotomie ; elle avait sauvé plusieurs malades dans des cas analogues.

Opération. — Désinfection vaginale : quelques gouttes de chloroforme mêlées d'oxygène, au moment de prendre les instruments.

1° Curettage sommaire de l'utérus avec une grosse curette : attouchements à l'eau oxygénée ;

2° Ouverture la plus large possible du cul-de-sac postérieur et libération de quelques adhérences lâches, par l'introduction de deux doigts dans le Douglas, suivie d'un jet de pus fétide.

Deux gros drains sont dirigés avec un long clamp, doucement, vers chaque fosse iliaque ; mèche pour entraver, si besoin, le prolapsus d'une anse intestinale. Caféine, sérum. Glace *intus* et *extra*.

Le lendemain, le ventre est toujours ballonné, mais la malade n'a pas vomi et a même sommeillé quelques heures. Elle a uriné spontanément 200 grammes d'urines chargées.

Température 38°7. Pouls fréquent à 140, mais tendu.

Pendant le pansement, du pus roussâtre d'odeur infecte jaillit sous pression de l'utérus ; sa cavité est redressée et drainée par un gros drain perforé.

Le surlendemain, le facies est coloré, yeux moins excavés, la langue s'humecte. Le ballonnement abdominal a diminué. Le pansement est inondé de pus et de sérosité très fétide : lavage utérin à l'eau oxygénée. Température 38°, pouls 110. Les jours suivants le ventre « reste de bois » surtout à gauche. La fièvre oscille entre 38° et 39°, le pouls entre 100 et 120. Apparition d'une diarrhée fétide, peut-être due à la rupture d'une poche septique, et en tous cas, éliminant une masse de toxines ; aussi est-elle respectée.

Vers la fin de la troisième semaine, la température remonte à 38°5 et 39°. L'apparition d'une douleur parotidienne nous permet de pronostiquer, d'après les observations antérieurement publiées, une parotide suppurée. Après cinq ou six jours, le pus s'est collecté : incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; pus épais, à débris glandulaires, sphacélés, drains. La suppuration continue, pendant quinze jours environ, nécessitant le débridement de la première incision.

Reste une induration parotidienne descendant en bas jusqu'à l'angle de la mâchoire, et débordant en haut sur la joue.

A cette date, la malade entre en pleine convalescence. Elle sort de l'hôpital après six semaines, avec des adhérences pelviennes qui s'organisent : utérus rétro réfléchi, annexes peu volumineuses et indurées. Elle est amaigrie et affaiblie.

OBSERVATION XII

(*In* thèse Raymond.)

Péritonite généralisée post-partum. — Colpotomie
Guérison

Mme S..., trente-six ans, multipare, accouchée en ville à terme d'un enfant vivant le 28 mars 1903. Deux jours après, élévation de température : 39°5 le matin, 38°5 le soir ; on fait une injection intra-utérine.

Le lendemain même température, même traitement. Les jours suivants, la fièvre persiste avec le même caractère d'exacerbation matutinale. Il y a des phénomènes abdominaux, ballonnement du ventre, vomissements ; les régions hypogastriques et les flancs sont douloureux à la pression, le pouls est fréquent.

La malade est amenée le 5 avril à la maison Dubois dans le service de M. Guinard qui l'examine.

La fièvre persiste, 38°9, le pouls est petit, fréquent, l'utérus est encore un peu gros et douloureux, le col est fermé, il n'y a ni écoulement, ni fétidité, probablement parce qu'on a fait des injections intra-utérines au début. Traitement : glace sur le ventre, 1 litre de sérum.

6 avril. — Le matin, la température est tombée à 37°8, les autres signes ont persisté. Même traitement. Le soir 39°1.

7 avril. — Température 39°6, l'état général est grave, le teint est plombé, les yeux excavés, on se décide à faire une colpotomie postérieure, il sort de l'abdomen 1/2 litre de

bouillon sale, fétide. Gros drain, glace, 1 litre de sérum. Le soir 39°3.

8 avril. — Au matin, 40°3, néanmoins l'état général est meilleur, le facies plus reposé, on fait néanmoins 1 litre de sérum, le soir 38°5 ; il s'est écoulé du liquide par le drain.

9 avril. — 36°9, 37°9 le mieux s'accentue, cependant le pouls est encore rapide. 1 litre de sérum.

10 avril. — 37 degrés, 37°5, toujours même état, sérum 500 grammes. Les jours suivants, la guérison se poursuit régulièrement, le drain est enlevé le 20 et au bout d'un mois la malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

OBSERVATION XIII

(*In* thèse Raymond.)

Péritonite post abortum. — Colpotomie. — Guérison

Renée E.-J..., vingt-quatre ans. Entrée le 26 avril 1907 dans le service de M. le Dr Boissard à l'hôpital Tenon, a eu trois grossesses normales. Dernières règles le 12 mars. Grossesse d'un mois et demi. La malade raconte qu'elle s'est fait avorter la veille au soir, douze heures auparavant, en se donnant ou en se faisant donner une injection intra-utérine. Elle présente des signes de péritonite toxique, la faisant paraître *in extremis*. Facies plombé. Yeux excavés, douleurs abdominales très vives. Pouls filant, la température n'est cependant pas très élevée, 37°8.

L'examen local montre un utérus correspondant à un utérus gravide d'un mois et demi en rétro-flexion. Le col est un peu ramolli, mais complètement fermé. L'utérus est mobile, les

culs-de-sac sont libres. Le cul-de-sac postérieur semble comme œdématié et peut-être un peu sensible, mais nulle part il n'y a de masse collectée. En somme, peu de signes locaux, signes généraux revêtant les allures d'une intoxication profonde.

Opération. — On intervient immédiatement.

1° Dilatation du col avec des bougies de Hégar, curettage qui ramène des débris embryonnaires, écouvillonnage à la glycérine créosotée, lavage intra-utérin à l'eau oxygénée ;

2° Comme il y a des phénomènes généraux graves, il semble y avoir quelques phénomènes péritonéaux (ballonnement du ventre, douleurs abdominales), l'opérateur se décide à pratiquer la colpotomie, procédé opératoire peu traumatisant paraissant le meilleur pour lutter contre l'infection pelvienne et péritonéale d'origine utérine. On ne fait pas d'anesthésie. Avant de pratiquer la colpotomie et décidé, quoi qu'il arrive à y avoir recours, il fait néanmoins une ponction exploratrice dans le cul-de-sac de Douglas avec une seringue de Pravaz qui ramène du liquide séro-purulent. Ensuite colpotomie postérieure qui donne issue à environ 100 grammes du même liquide. Il y a donc eu dans ce cas formation rapide de pus (douze heures) et ce pus, vu la rapidité de l'évolution était certainement libre dans la cavité péritonéale. C'est pourquoi il est essuyé simplement avec des compresses, on ne fait pas de lavages dans le Douglas. Drainage avec deux drains en caoutchouc, enveloppes de gaze.

Le lendemain matin, le facies était meilleur et le ventre moins ballonné. Le surlendemain on change le drain, toujours sans faire de lavage.

Les jours suivants, la guérison se poursuit. Au huitième jour les drains sont enlevés et quelque temps après (15 mai) la malade quitte l'hôpital en parfait état ; elle a été revue depuis **en bonne santé.**

CONCLUSIONS

1° La colpotomie est une opération rapide, facile, peu dangereuse. Elle répond aux indications de la chirurgie idéale en permettant d'opérer *cito*, *tuto*, *jucunde*.

2° Son principal avantage est d'assurer un drainage presque parfait du petit bassin. Elle est supérieure en cela à la laparotomie ;

3° Elle peut être pratiquée dans tous les cas d'infection péritonéale grave ;

4° Elle sera surtout efficace dans les cas de péritonite généralisée avec épanchement libre dans la cavité abdominale. C'est dans ces conditions, qu'il est malheureusement difficile de reconnaître avant l'opération, que la colpotomie permettra d'obtenir avec le minimum de traumatisme, le maximum de chances de guérison.

Vu le Président de la thèse
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Cardot 5

BIBLIOGRAPHIE

Bar, Brindeau, Chambrelent.— La pratique de l'art des accouchements, t. I, p. 465.

Boissard. — Les sérums et l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'infection puerpérale. La clinique. Paris, 1907, p. 597-599.

Boquel.— Note sur la laparotomie suivie de drainage dans l'infection puerpérale. Archives de médecine d'Angers, avril 1903.

Bourdon. — Revue médicale, juillet 1841, t. III, p. 5.

Budin et *Demelin.*— Traité de l'art des accouchements. Paris, 1901, t. IV.

Bumm. — Berliner klinische Wochench., 1905, n° 27, p. 289.

Carnus (Jean). — Etude comparative des divers traitements de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1904.

Chazarain.— Indications et valeur de la colpotomie postérieure. Thèse de Paris, 1909.

Christeanu (Cornélius). — Hystérectomie et infection puerpérale aiguë. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1904, p. 617.

Clark (J.-G.). — A critical review of seventeen hundred cases of abdominal section from the standpoint of intraperitoneal drainage. American Journ. of Obstetr., 1897, vol. XXXV.

Collet. — Précis de Pathologie interne. Paris, 1905, t. I, p. 546.

Daniel (Joseph). — De la colpotomie dans les annexites. Thèse de Paris, 1908.

Delbet (Pierre). — Des suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891, p. 369.

Dieulafoy. — Manuel de Pathologie interne. Paris, 1901, t. II, p. 568.

Doléris. — Traitement intégral de l'infection puerpérale. La Gynécologie, février 1906, p. 1.

Dupré et *Ribierre.* — Maladies du péritoine. In Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thoinot. Paris, 1909, t. XVIII, p. 108 et 132.

Faure (J.-L.). — Colpotomie. Pratique médico-chirurgicale, t. II, p. 165.

Forgue. — Précis de Pathologie externe. Paris, 1904, t. II, p. 450.

Fournier. — Indications de la colpotomie postérieure. La Gynécologie, 1904, p. 116.

Fowler. — Results in diffuse septic peritonitis treated by the elevated head and trunk-position. Medic News, mai 1904.

Georghiu. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Bucarest, 1906-1907, p. 134-147.

Gil Wylie. — Obst. Soc. of. New-York. An. J. of Obst., 1887, p. 54.

Guéniot (Paul). — Péritonite puerpérale. Colpotomie. Bulletin de la Société d'Obstétrique, 1904.

Herbécourt (J.-E. d'). — De la voie vaginale sans hystérectomie Thèse de Paris, 1901.

Jeannin. — Péritonite puerpérale. Colpotomie. Bull. et Mém. de la Société d'Obstétr. 1904.

— De la conduite à tenir en présence d'une femme atteinte d'infection puerpérale. Médecin praticien. Paris, 1907.

Kaltenbach. — Arch. f. Klin. Med., 1876, t. XVII, p 99.

Labadie-Lagrave et *Legueu*. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie. Paris, 1904, p. 543 et 728.

Lejars. — Traitement de la péritonite. Ier Congrès de la Société intern. de Chirurgie. Bruxelles, 1905.

— Chirurgie d'Urgence, Paris, 1906, p. 596.

Léopold. — Zur operativen Behandlung der puerp. Peritonitis und Pyämie. Arch. f. Gynäk., 1906, Bd. LXXVIII, p. 1-33.

Mazure. — Péritonite puerpérale généralisée. Thèse de Paris, 1908.

Mauclaire. — Bulletin de la Société d'Obstétrique, janvier 1905.

Monod et *Wanverts*. — Technique opératoire, t. II, p. 959.

Opitz. — Zur chirurgical Behandlung der puerperal Pyämie. Deutsch. Med. Wochensch., 1905. p. 2008.

Pinna-Pintor. — Della colpotomia anteriore. Giornali di Ginec et di Pediatria, 1902.

Pillet. — Péritonite puerpérale généralisée *post-abortum*. Journal des Praticiens, 1907, p. 487.

Potoki et *Pottet*. — Perforation du cul-de-sac postérieur. Peritonite. Drainage. Guérison. Société obstétricale de France, 1908.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, p. 761.

Raymond. — De la colpotomie dans le traitement de l'infection puerpérale grave. Thèse de Paris, 1908.

Ribemont-Dessaignes et *Lepage.* — Précis d'Obstétrique. Paris, 1904, p. 1231.

Simon. — Traitement précoce et rationnel de l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1909.

Sourdille (Léon). — Traitement de l'infection puerpérale grave par la laparotomie sans hystérectomie. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1905, p. 857.

Tarnier. — De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique. (Leçons rédigées par J. Potocki). Paris, 1894, p. 712.

Truc. — Traitement chirurgical de la péritonite. Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

Turenne. — Traitement de l'infection puerpérale. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. 1907, p. 449-464.

Wallich. — Infection puerpérale. Pratique médico-chirurgicale, t. V, p. 690.

Imp. de la Faculté de Médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.